

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

52

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 30 Novembre 1905, à 1 heure

PAR

G. LÉVÊQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

Quelques Complications Bucco-Dentaires
d'Origine Grippale

Président : M. BROUARDEL, professeur

Juges { MM. DIEULAFOY, professeur
THIROLOIX, agrégé
JEANSELME, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
Clinique médicale	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBOVE
Clinique des maladies du système nerveux	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TILLAUX.
	TERRIER.
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.
	POZZI
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE LUCIEN

A MA MÈRE

*Témoignage de profonde piété filiale
et de vive reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

JULES ET ÉMILE LEVÊQUE-SABRA

Chirurgiens-Dentistes D. F. M. P.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen honoraire de la Faculté

Professeur de Médecine légale

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Grand officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
Quelques Complications Bucco-Dentaires
D'ORIGINE GRIPPALE

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet nous tenons à apporter un témoignage de sincère reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales et nous ont par l'exemple de leurs efforts incessants appris à connaître et à aimer la médecine.

Pendant notre stage hospitalier nous avons été l'élève de MM. les Drs Merklen et Letulle, qui nous ont enseigné la pratique médicale. M. le professeur Pozzi et M. le D Monod ont dirigé nos pas dans le domaine chirurgical. M. le Dr Doléris nous a initié à la pratique des accouchements. A tous nous adressons nos remerciements les plus sincères.

Enfin M. le professeur Brouardel voudra bien nous permettre de lui adresser l'expression de toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

INTRODUCTION

La bouche est la porte d'entrée et le foyer de culture de presque tous les germes morbides qui existent dans l'air ; mais à l'état normal l'action du polymicrobisme buccal est neutralisé par le rôle phagocytaire des leucocytes qui y pullulent.

Que cet équilibre du milieu buccal soit rompu au cours d'une maladie infectieuse telle que la grippe, et l'on pourra voir se développer toute la gamme des complications locales jusqu'aux septicémies les plus graves. Aussi avons-nous limité notre sujet.

Nous avons traité dans ce travail de quelques complications bucco-dentaires d'origine grippale ayant rapport à la spécialité.

Notre travail est divisé en quatre parties :

Dans le premier chapitre nous avons traité des différentes stomatites rencontrées au cours de la grippe ou de sa convalescence ;

Dans un deuxième nous avons parlé des complications du côté de l'articulation alvéolo-dentaire ;

Dans un troisième chapitre nous avons étudié une forme spéciale d'odontalgie grippale, simulant une lésion dentaire ;

Enfin dans un dernier chapitre nous avons traité de la mortification pulpaire au cours de la grippe.

CHAPITRE I

Nombreux sont les auteurs qui ont mentionné les lésions de la muqueuse buccale d'origine grippale.

Parmi eux, Hugenschmidt, Lecaudey, Dubois, Richter, Bacque se sont occupés tout spécialement de la question, et c'est d'après leurs travaux que nous avons fait la rédaction de ce chapitre.

Les stomatites ne sont pas rares au cours de la grippe ; les formes en sont variées.

La plus commune a tous les caractères de la gingivite simple, érythémateuse : les gencives sont œdématisées, rouges, luisantes, douloureuses à la pression ; cette douleur est exaspérée par le chaud, le froid, le contact des aliments ; il n'y a pas de retentissement ganglionnaire. Les dents sont légèrement ébranlées, sensibles à la percussion, indice que la membrane alvéolo-dentaire est congestionnée.

Ces gingivites apparaissent généralement au début de la maladie et ne durent guère que trois à quatre jours ; elles sont souvent accompagnées de névralgies des branches maxillaires de la cinquième paire, surtout de la maxillaire inférieure ; dans ce cas, la salivation est abondante.

Lecaudey rapporte dans les cas observés par lui que certains malades présentaient au niveau des gencives « un semis de granulations grosses comme de la pulpe de framboise » ; ces granulations étaient formées par l'hypertrophie des papilles de la gencive enflammée. Dubois signale en outre la fréquence de petites ulcérations situées au sommet du feston gingival dans sa partie interstitielle ; elles étaient très douloureuses, mais n'avaient aucune tendance à s'étendre ; les dents à ce niveau ne présentaient aucune trace de carie.

A côté de ces formes bénignes on rencontre, beaucoup plus rarement, d'autres stomatites à types ulcéreux et aphteux.

Les unes comme celles rapportées par Widal, Hugenschmidt, apparaissent en pleine évolution grippale ; les autres se montrent pendant la convalescence et elles n'ont pas la même gravité que les précédentes : leur caractère dominant, c'est leur persistance au niveau des dents cariées ; elles ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux graves.

La stomatite ulcéreuse apparaît au milieu des symptômes de la grippe, fièvre, céphalée, douleurs lombaires, coryza, etc. ; les malades sont pris d'un violent mal de gorge ; les gencives sont douloureuses, violacées ; les amygdales, le voile du palais, la luette sont d'un rouge vif ; l'engorgement ganglionnaire précoce devient énorme avec les progrès de la stomatite ; la langue est gonflée, douloureuse ; les dents sont ébranlées, sensibles, particulièrement dans la région

antéro-inférieure ; la mastication est rendue impossible ; l'haleine est fétide. Puis apparaissent les ulcérations, sans topographie déterminée ; elles sont irrégulières, se recouvrant d'un enduit membraneux jaunâtre laissant lorsqu'on l'enlève une surface granuleuse et saignante. Elles débutent tantôt par les gencives au niveau du collet des dents, c'est ce que l'on observe le plus fréquemment, tantôt sur les amygdales et envahissent toute la muqueuse buccale. Dans le premier cas, les ulcérations sont moins nombreuses, plus discrètes (Hugenschmidt n'a jamais vu plus de huit ulcérations disséminées dans la bouche lorsque celles-ci débutaient aux gencives), tandis que celles qui apparaissent au niveau des amygdales envahissent peu à peu toute la bouche et finissent par devenir confluentes ; il semble qu'au niveau de ces glandes les microbes pathogènes aient acquis une virulence plus grande.

La marche envahissante, les symptômes fébriles ne durent guère que cinq à six jours ; les ulcérations, d'abord irrégulières, deviennent circulaires, se rapprochent du type aphteux ; le malade entre alors en convalescence, mais ce n'est « que longtemps après que l'engorgement ganglionnaire et que la dernière ulcération disparaissent, laissant pendant plusieurs mois une dépression générale ».

Si l'on regarde la stomatite ulcéro-membraneuse comme une maladie spécifique infectieuse, on remarquera qu'elle a beaucoup de ressemblance avec celle

que nous venons de décrire ; les signes en sont identiques.

Dans celle-là, dira-t-on, les ulcérations débutent généralement sur le côté gauche au niveau des dernières grosses molaires ; elles coïncident souvent avec l'évolution dans la dent de sagesse ; elles ont moins de tendance à se généraliser ; l'engorgement ganglionnaire est peut-être moins prononcé ; mais à côté de cette forme classique, il y a de nombreuses exceptions. C'est surtout par l'existence d'une épidémie de grippe régnante, par les symptômes généraux et locaux de celle-ci que l'on pourra rapporter cette forme de stomatite à sa véritable cause.

Widal cite un cas d'éruption aphteuse ayant envahi toute la muqueuse buccale en pleine évolution grippale. Hugenschmidt en observe trois cas dans la même famille : la mère atteinte de grippe à forme pulmonaire eut une légère stomatite aphteuse ; sur trois de ses enfants, deux jeunes filles de 7 et 9 ans furent prises quelques jours après de symptômes fébriles légers et d'une éruption buccale semblable.

Bacque, au Congrès de médecine de 1900, rapporte cinq cas d'éruption aphteuse survenue pendant la convalescence de la grippe. Dans deux de ces cas les aphtes se sont localisés sur la muqueuse palatine ; dans les trois autres, ils avaient envahi toute la cavité buccale. Trois de ces malades avaient une dentition en bon état. Aussi, conclut-il que les aphtes n'étaient pas provoqués par la carie des dents,

mais que l'éruption fut plus intense et plus persistante au niveau des dents cariées.

La guérison s'obtint dans un laps de temps variant de huit jours à trois semaines.

On trouvera à la fin de notre travail deux observations de stomatite ulcéreuse publiées par Hugenschmidt en 1892 dans la *Revue internationale d'Odontologie* (Obs. I et II).

Nous croyons intéressant de relater à ce chapitre une inflammation des glandes muqueuses du plancher de la bouche ayant provoqué une adénite génienne. La malade fut adressée par un collègue au Dr Ferrier, attribuant cette adénite à une lésion dentaire. Ce dernier reconnut qu'on se trouvait en présence d'une complication grippale, puisque toutes les dents étaient saines.

Le plus fréquemment les lésions des téguments de la face sont la cause de ces inflammations.

Le professeur Poncet, de Lyon, fut le premier à reconnaître cliniquement l'adénite génienne et à la dégager des multiples affections qui peuvent évoluer dans cette région de la joue.

Le siège des adénites peut se placer à l'un quelconque des trois points où les ganglions géniens viennent se grouper :

1° Le groupe inférieur ou sous-maxillaire, superficiel, reposant sur la face externe du maxillaire inférieur, au bord antérieur du masséter ;

2° Le groupe moyen, ou intervasculaire, situé entre

l'artère faciale et la veine faciale, appliqué sur la face externe du buccinateur ;

3° Le groupe supérieur comprenant plusieurs ganglions, un nasogénien, un malaire et un sous-orbitaire.

Dans l'observation que nous citons, l'adénite siégeait au groupe intervasculaire ; elle ne suppura pas et disparut rapidement (Voir obs. III).

CHAPITRE II

L'arthrite alvéolo-dentaire est peut-être la complication la plus fréquente de la grippe ; les traités classiques la signalent. Guillermain, Ritter, Hugenschmidt, Amoëdo, Bacque l'ont décrite ; ce dernier insiste sur sa fréquence chez les arthritiques.

Si dans la périostite d'origine dentaire le malade accuse à une dent et quelquefois à ses voisines de la douleur à la percussion, de l'ébranlement, un point particulièrement sensible correspondant à l'apex, dans la polyarthrite grippale toutes les dents sont douloureuses, toutes sont ébranlées, la gencive est uniformément rouge, et si la cavité buccale ne contient pas de dents atteintes de carie pénétrante, cette polyarthrite n'a pas de tendance à la suppuration. Elle semble plutôt d'ordre congestif qu'inflammatoire : d'ailleurs les névralgies faciales qui l'accompagnent souvent ne sont pas étrangères à sa production.

Les arthritiques, les gouteux sont plus souvent sujets que les autres individus à cette complication grippale ; elle y est plus persistante ; ces diathésiques, comme le fait remarquer Hugenschmidt, con-

servent pendant longtemps une sensibilité extrême du collet des dents.

Quoi qu'il en soit des théories sur la pyorrhée alvéolaire, l'arthritisme occupe la première place comme cause prédisposante.

Chez les arthritiques, les gouteux, les diabétiques, à la suite d'une atteinte grippale, elle apparaîtra d'emblée, elle réveillera cette affection anciennement guérie ; elle en accélérera la marche, provoquera consécutivement des nécroses, qui surviennent chez les pyorrhéiques soit au cours d'une maladie grave ou pendant sa convalescence, soit au milieu d'un mauvais état général : ordinairement après l'expulsion de la dent, la gencive se cicatrise rapidement et ne laisse aucune trace de lésion.

Si l'on considère que la grippe diminue le degré d'alcalinité du sang ; que la salive (grâce aux recherches de Michaëls) dérivant du sang en suit toutes les variations chimiques, que l'état général fait du milieu buccal, suivant les variations de l'équilibre biologique, un bouillon de culture plus ou moins favorable aux microbes buccaux, on comprendra l'évolution plus fréquente, plus tenace, plus grave chez les arthritiques.

(Voir au sujet de la polyarthrite dentaire les observations IV, V et VI).

Nous avons fait remarquer plus haut que la manifestation polyarthritique alvéolo-dentaire au cours de la grippe n'avait pas de tendance à la suppuration s'il n'y avait pas de dents mortes dans la bou-

che, nous entendons par là celles dont la pulpe est détruite. Dans ce cas la loge alvéolaire communique par le canal radiculaire infecté avec la cavité buccale, et cependant il n'est pas rare de voir des gens en bonne santé conserver pendant longtemps ces dents sans complications ; c'est seulement à l'occasion d'une occlusion mécanique du canal radiculaire soit par des débris pulpaire, soit par des détritux alimentaires, que les accidents surviennent : les microbes et les gaz putrides qu'ils produisent ne pouvant refluer vers la cavité buccale pénètrent par l'orifice apical et vont infecter l'alvéole.

Que l'équilibre biologique du milieu buccal soit détruit, que l'action phagocytaire des leucocytes qui s'y trouvent soit amoindrie, que l'organisme en entier soit affaibli par une attaque de grippe, ces dents mortes seront un point d'appel pour l'infection ; elles détermineront des abcès et consécutivement des périostites alvéolaires suppurées. Il serait difficile d'admettre ici l'obstruction mécanique du conduit radiculaire ; elle ne pourrait expliquer l'apparition simultanée d'abcès au niveau de plusieurs dents mortes.

La grippe joue bien ici le rôle de cause provocatrice.

Ces abcès, ces périostites suppurées, sont fréquents, généralement bénins et nettement localisés ; l'extraction de la dent amène la guérison.

Il n'en est pas toujours ainsi, et la grippe, alors que sa phase aiguë est terminée, peut faire sentir long-

temps après son action et produire des nécroses des os maxillaires plus ou moins étendues.

Avant la découverte du coccobacille de Pfeiffer, Verneuil dans une communication faite à l'Académie de médecine au sujet de la grippe et de ses rapports avec la chirurgie, faisait ressortir son influence néfaste sur les traumatismes et les blessures les plus minimes, la tendance pyogénique par l'apparition fréquente au cours ou à la suite de cette maladie et en dehors de toute blessure, d'affections inflammatoires diverses (conjonctivites, otites, furoncles, abcès), par la suppuration d'affections banales antérieures à celle-ci (hyarthroses, kystes de l'ovaire, cystites, etc., etc.).

Cet extrait des conclusions de Verneuil aide à expliquer la production de tous ces accidents suppuratifs et les nécroses maxillaires qui peuvent en résulter.

Amoëdo dans sa thèse cite le cas d'une de ses malades, déjà âgée, qui présenta à la suite d'une grippe un abcès alvéolo-dentaire au niveau de l'incisive centrale supérieure gauche, cette dent avait sa pulpe morte et non traitée ; la dent fut extraite et il dut quelque temps après enlever un séquestre de 2 centimètres de longueur au niveau de l'alvéole correspondant.

Rodier cite un autre cas intéressant : il s'agissait d'un homme qui à la suite d'une grippe présenta un abcès accompagné de nécrose au niveau de la première molaire supérieure gauche ; la dent fut enle-

vée, ainsi que le séquestre ; mais le malade revint se plaignant de la dent voisine. Il en pratiqua l'extraction et ainsi de proche en proche le malade perdit toutes les dents supérieures de ce côté de la bouche. Pour arrêter l'infection, il dut extraire l'incisive latérale droite supérieure qui était saine.

Cette observation viendrait à l'appui de la théorie de Siffre, qui admet la propagation interalvéolaire des abcès dentaires : ce n'est pas l'avis de la plupart des stomatologistes.

Celles que nous rapportons dans ce travail sont intéressantes. Dans la première, celle d'Amoëdo (Obs. VII), il s'agit d'un homme déjà âgé, syphilitique, ayant suivi un traitement spécifique rigoureux ; il est atteint d'un commencement de pyorrhée alvéolaire. A la suite d'une atteinte grippale, cet état local s'aggrave rapidement et s'accompagne d'une nécrose du maxillaire supérieur au niveau de la première molaire supérieure gauche.

Ici nul doute que la porte de l'infection ne soit le ligament alvéolo-dentaire ; elle a gagné l'apex de la racine ; dès lors toutes les complications d'une dent morte étaient possibles. En général celles-ci consistent en abcès qui en se vidant disparaissent complètement ou laissent une fistule alvéolaire ; pour qu'il y ait nécrose il faut un autre facteur intéressant la nutrition générale : ici la grippe a rempli ce rôle.

Dans l'observation de Chompret (Obs. VIII) il s'agit d'une nécrose de l'os incisif survenue chez une jeune fille à tempérament lymphatique, suspecte

de tuberculose ; l'examen du pus n'a pu déceler la présence du bacille de Koch. Le ligament alvéolo-dentaire des incisives n'est pas atteint de lésions primitives comme dans la pyorrhée alvéolaire, il n'y a pas de décollement des gencives à leur niveau ; la muqueuse n'est pas congestionnée dans cette région ; enfin l'aspect des dents est absolument normal.

Chompret admet que dans ce cas le périoste alvéolo-dentaire s'est laissé pénétrer par les microbes de la bouche devenus pathogènes du fait de l'infection grippale, et cela sans réaction, sans douleur. Ils auraient gagné l'apex des incisives et trouvé un terrain préparé par le coccobacille venu par la voie sanguine. La rencontre de ces microbes aurait produit une explosion de phénomènes secondaires infectieux fort graves.

Cette infection aurait fait disparaître le microbe de Pfeiffer moins résistant ; aussi dans les essais bactériologiques qu'il fit au laboratoire du Dr Gastou, il ne trouva plus le bacille de la grippe mais tous les microbes banaux de la suppuration.

CHAPITRE III

L'apparition des névralgies et des névrites au cours de la grippe a été souvent signalée.

La névralgie du trijumeau est la plus fréquente. Le professeur Gaucher, Nothnagel, Diemer, Brionne, etc., l'ont observée ; mais ces différents auteurs ne lui accordent aucun caractère spécial.

Nous avons en vue dans ce chapitre la névralgie uniquement localisée au département dentaire.

Le rapport entre l'odontalgie et les dents malades est souvent indirect et le diagnostic étiologique exige alors l'examen le plus attentif. La douleur peut siéger à la mâchoire supérieure et la carie qui en est la cause provenir du maxillaire inférieur et réciproquement ; Pietkiewicz signale même la localisation de la douleur du côté opposé à la dent malade. La dent ou la racine cause de la névralgie peut ne provoquer aucune douleur à la percussion et aux influences thermiques, ne donner lieu à aucune inflammation gingivale ; les douleurs provoquées par la pulpite elle-même ne sont pas toujours de localisation très précise ; les dents voisines y participent souvent.

Un malade se présente à vous à la suite d'une atta-

que de grippe déclarant souffrir au niveau d'une petite ou d'une grosse molaire supérieure, l'inspection la plus minutieuse ne vous révèle à ce niveau aucune carie. Qu'il présente dans une autre région des arcades dentaires une ou plusieurs dents malades, la localisation de l'odontalgie étant peu précise comme nous l'avons vu plus haut, vous l'attribuerez à la présence de ces dents cariées, vous les soignerez, vous en pratiquerez même l'extraction. Le malade ne sera pas soulagé : l'interrogatoire de ce malade vous aurait appris qu'il était en convalescence de grippe et vous auriez évité cet échec.

Roy, Frey, Blatter, Sauvez, Leger-Dorez ont insisté sur la fréquence de cette odontalgie d'origine grippale.

Certaines observations que nous présentons montrent qu'ils avaient été conduits à pratiquer des interventions inopportunes, croyant rencontrer une pulpe infectée alors qu'il n'en était rien.

Voici ce que dit à ce sujet le premier d'entre eux : « Invariablement, les malades se présentent en se plaignant de douleurs très violentes localisées dans les grosses molaires et les prémolaires supérieures de l'un ou de l'autre côté. Ces douleurs, peu influencées par les impressions thermiques et la mastication, affectaient le type continu et étaient assez analogues à celles qui accompagnent la formation d'un abcès alvéolaire.

« Dans tous les cas que j'ai eu à observer, il s'agissait de malades dont les dents, du côté incriminé à

la mâchoire supérieure aussi bien qu'à l'inférieure, étaient exemptes de caries ou avaient de petites caries du second degré obturées depuis longtemps.

Aucune de ces dents ne présentait à l'inspection la plus minutieuse, le moindre signe suspect. Néanmoins on constatait une légère susceptibilité à la percussion de haut en bas des grosses molaires supérieures, sensibilité quelquefois un peu plus accentuée dans l'une d'elles, que le malade désignait souvent d'une façon plus précise d'être la cause de ses douleurs. La coloration et la consistance de la gencive étaient à peu près normales ; on constatait cependant un peu de sensibilité lorsqu'on exerçait une pression dans le sillon vestibulaire au niveau de la tubérosité malaire.

Tous ces malades, questionnés au sujet d'une grippe antérieure, m'apprirent qu'effectivement ils venaient d'être grippés et avaient encore un peu de coryza. Dureste ils ont été rapidement guéris de ces odontalgies par l'administration de cachets antinévralgiques et par quelques applications nasales de pommade mentholée. »

Roy attribue la cause de ces douleurs à la sinusite maxillaire concomitante, étant donnés les rapports étroits du sinus maxillaire avec les branches du nerf maxillaire supérieur à l'exclusion des autres points d'émergence du trijumeau. Ceci, ajoute-t-il, était encore confirmé par la pression au niveau du trou sous-orbitaire.

Si l'on fait remonter à la sinusite seule le point

d'origine de ces névralgies, on s'explique difficilement pourquoi les dents antérieures ne sont pas douloureuses, le rameau dentaire antérieur étant en rapport direct avec la paroi osseuse du sinus maxillaire ; parfois même la partie postérieure du canal osseux où il chemine n'existe pas et il est directement en contact avec la muqueuse.

En résumé lorsqu'on se trouve en présence d'une odontalgie nettement localisée au niveau des grosses ou petites molaires supérieures et qu'aucune raison ne permet de l'attribuer à une lésion de ces dents, il faut songer à la grippe comme cause possible de ces douleurs et interroger le malade à ce sujet. Seul le traitement anti-névralgique sera efficace ; le sulfate de quinine est le médicament de choix.

(Voir au sujet de ce chapitre les observations de IX à XIV).

CHAPITRE IV

La mortification de la pulpe peut se produire de différentes façons :

1° Par infection, et c'est le cas le plus fréquent. Citons la carie pénétrante ; la pyorrhée alvéolaire à sa phase terminale (le processus inflammatoire, gagnant de proche en proche l'extrémité de la racine, infecte la pulpe, soit par le foramen apical, soit par les canaux de l'ivoire) ;

2° Par compression, citons une tumeur du voisinage de la pulpe, tel qu'un kyste radiculaire, l'hypertrophie cémentaire, etc. ;

3° Par traumatisme, en provoquant la rupture des vaisseaux pulpaire, par luxation, par fracture dentaire ;

4° Par névrite ; ainsi l'atrophie pulpaire dans le tabes est d'origine névritique.

Mais la gangrène de la pulpe, d'origine interne, c'est-à-dire par voie sanguine, est pour ainsi dire inconnue.

Harris dans son *Traité de l'art du Dentiste* effleure la question :

« La désorganisation spontanée de la pulpe dépend

de causes plutôt générales que locales, et n'est pas le résultat de l'inflammation de l'organe, si bien que la pulpe se gangrène sans produire de douleurs. »

Godon la signale dans la fièvre typhoïde.

De même Capdepon : « J'ai observé, dit-il, chez un convalescent de fièvre typhoïde, trois dents qui, sans carie, sans périostite, sans gingivite, sans choc, présentaient les caractères typiques des dents mortes : ici la voie sanguine seule pouvait être invoquée. »

Hugenschmidt rapporte un cas de pulpite interne, survenue dans une dent saine, chez une malade atteinte de phlébite. La dent malade trépanée contenait une pulpe insensible mais non desséchée, par conséquent morte depuis peu de temps ; il l'attribue à une embolie septique.

Mendel Joseph signale plusieurs cas de mortification pulpaire chez des névropathes ; il en attribue la cause à un spasme capillaire, comme dans la gangrène des extrémités.

Ces cas deviendront sans doute moins rares à mesure que l'attention se portera sur le mode pathogénique de certaines mortifications pulpaire à la suite des maladies infectieuses et dystrophiques.

Cruet l'admet en principe : « L'existence de pulpites primitives, de cause interne ou constitutionnelle, est problématique ; si l'on peut admettre en théorie que dans un organisme empoisonné (septicémie, rhumatisme grave, état puerpéral), le sang puisse apporter à la pulpe des éléments infectieux capa-

bles de l'enflammer (nous croyons en avoir observé un cas), il faut être très réservé dans l'application, car la porte d'entrée locale existe presque toujours, et l'état général ne fait que créer le terrain favorable au développement de la pulpite. »

Si l'on envisage d'un coup d'œil général, la constitution de cet organe fibro-vasculaire et nerveux qui est la pulpe dentaire, sa physiologie et ses rapports avec la chambre qui la renferme, on s'aperçoit de certaines particularités de son organisation. Cette forme de papille pédiculisée, reliée à l'ensemble du système circulatoire par des conduits vasculaires d'une extrême finesse, cette capillarité du canal radiculaire dont la lumière tend à se rétrécir avec les progrès de l'âge, cette ténuité de l'orifice apical, que les sondes les plus fines peuvent à peine traverser, tout cet ensemble de conditions anatomiques facilitent la stase sanguine intra-dentaire.

L'appareil vasculaire de la pulpe des dents uniloculaires est alimenté par un rameau artériel unique ; c'est en quelque sorte un appareil capillaire isolé, et comme étranglé à la base. La moindre perturbation dans les fonctions de cette dernière retentit sur toute la circulation pulpaire ; elle est fatalement suivie de la mort de l'organe.

Dès lors il nous semble rationnel de rechercher, pour expliquer cette mortification, les mêmes conditions étiologiques et pathogéniques qui régissent la pathologie des extrémités. On serait étonné d'apprendre que les dents jouissent à cet égard d'une

immunité spéciale ; mais les accidents pulpaire, lorsqu'ils surviennent au milieu de manifestations gangréneuses multiples, s'effacent comme un détail négligeable dans l'ensemble de troubles autrement graves, et si jusqu'ici la gangrène a pu passer inaperçue, c'est que les investigations en cesens ont été ou insuffisantes ou entièrement négligées.

La gangrène dans la grippe peut se produire de trois façons :

1° Par embolie. Huchard et Teissier ont bien établi le rapport des lésions valvulaires aiguës et des lésions du myocarde avec la grippe. De plus celle-ci prédispose aux coagulations intra-cardiaques et aux embolies ; est-ce la cause dans les cas particuliers qui nous occupent ; l'embolie sans doute ne serait pas unique, d'autres se seraient montrées dans différents points de l'organisme ;

2° Par artérite. Les cas signalés ont tous atteints des vaisseaux de gros et moyen calibre ;

3° Enfin reste la thrombose artérielle provenant des modifications du sang, c'est le mécanisme qui nous semble le plus rationnel.

La finesse du perruis radiculaire à l'apex de la racine, le ralentissement physiologique de la circulation sanguine dans la cavité pulpaire, la congestion intense, d'origine névralgique, au niveau de cette cavité, viendront faciliter le phénomène de la thrombose.

D'autre part on sait que le cocco-bacille de Pfeif-

fer pénétre dans la circulation, il s'y trouve en quantité notable.

Canon le démontra en ensemençant le sang des malades ; d'ailleurs il serait difficile d'expliquer autrement sa présence au niveau des plèvres et des méninges du périoste.

Klebs, Chantemesse, Vaillard ont constaté dans la grippe des altérations des globules sanguins. Ceux-ci se déforment, s'unissent entre eux, formant des masses granuleuses, qui elles-mêmes s'agglomèrent, donnant naissance à des thromboses. Teissier, Poncet, Gautrelet ont constaté l'hyperacidité du sang, condition favorable au développement de la fibrine ; ils ont noté la diminution du nombre des globules rouges, l'augmentation des globules blancs ; les uns et les autres touchés dans leur vitalité offrent une tendance marquée à s'arrêter dans leur marche et à adhérer aux parois des vaisseaux.

En outre la tension artérielle est diminuée.

Toutes les conditions se trouvent réalisées ici pour produire le mécanisme de la thrombose, c'est celui qui nous a paru le plus rationnel.

Dans les observations de Chompret et les nôtres, c'est en pleine évolution grippale ou au début de la convalescence, que les malades sont pris de douleurs dentaires intolérables ; lorsqu'ils se présentent, l'examen extérieur des dents ne révèle aucune carie visible susceptible d'en être la cause. Les dents n'avaient subi aucun choc capable d'amener la rupture des vaisseaux pulpaire, il faut toujours y penser en

pareil cas. L'allongement de la dent incriminée, sa teinte légèrement grisâtre qui tranche avec celle de ses voisines, la réaction vive à la chaleur, la rougeur de la gencive à son niveau, font porter le diagnostic de pulpite avec périostite consécutive.

Nous pensons nous trouver en présence d'une dent infectée à la faveur d'une fissure imperceptible de l'émail, nous trépanons la dent, et au lieu de trouver la pulpe infectée, présentant l'odeur bien caractéristique de la carie, nous tombons dans une cavité pulpaire inodore, insensible, contenant une bouillie brunâtre, où l'on reconnaît difficilement les éléments de la pulpe ; celle-ci est désorganisée, mortifiée.

La périostite concomitante s'explique facilement.

En effet, le ligament alvéolo-dentaire reçoit ses vaisseaux de trois origines différentes :

- 1° De l'os qui forme les cloisons alvéolaires ;
- 2° De la gencive ;
- 3° Du tronc de l'artère pulpaire et ce sont là les plus nombreux.

Ce ligament devient dans le cas de suppression accidentelle ou pathologique de la pulpe, le centre d'une suractivité circulatoire, d'où l'allongement de la dent ; sa richesse nerveuse explique les douleurs si vives qui accompagnent cette congestion, les nerfs étant comprimés entre deux plans résistants : l'alvéole et la racine.

(Voir les observations XV, XVI, XVII et XVIII).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hugenschmidt. — *Stomatite ulcéreuse grave en pleine évolution grippale.* — *Revue internationale d'otontologie*, 1892.

Le 10 décembre 1889, un jeune homme de 27 ans rentre chez lui vendredi soir en parfaite santé ; il existe une bronchite grippale chez un membre de sa famille. Il s'endort bien portant et est réveillé à 3 heures du matin par une violente céphalalgie, douleurs dans les extrémités et particulièrement à la région lombaire, avec une très forte fièvre. Il prend alors 2 grammes d'antipyrine et une heure après deux verres d'Hunyadi-Janos.

Le samedi matin, se sentant beaucoup mieux, il va à son travail ; il a remarqué cependant en faisant sa toilette, qu'il ne pouvait se brosser les dents, celles-ci et les gencives étant très douloureuses. Il ne déjeune pas, et à 2 heures le mal de tête le reprend, ainsi que la douleur lombaire qui devient très forte et l'oblige à rentrer chez lui.

Sa température à 6 heures était de 40°1 ; il accusait en outre du mal lombaire, de la céphalalgie et un violent mal de gorge. Les gencives sont très rouges, les dents très sensibles à la pression, surtout les dents antéro-inférieures ; les amygdales,

la lnette, le voile du palais sont d'un rouge vif, il y a engorgement ganglionnaire.

Le jour suivant, le dimanche matin, le malade a passé une nuit très agitée, l'engorgement ganglionnaire est considérable et douloureux à la pression. L'examen buccal montre les gencives très rouges ; sur l'amygdale droite, il y a une ulcération ayant environ 3 millimètres de diamètre sur 1 millimètre et demi de largeur, recouverte d'une fausse membrane jaune citrin, qui, lorsqu'elle est enlevée, laisse une surface cruentée, saignante ; de plus, à la face interne droite du palais, immédiatement au-dessus du collet des première et deuxième petites molaires, il existe une ulcération très irrégulière ayant à peu près 3 millimètres de diamètre ; les autres régions sont très rouges ; la température est de 38°7 ; le mal de tête et la douleur lombaire persistent.

Le dimanche soir, température 39°8 ; trois ulcérations tout à fait irrégulières existent sur l'amygdale gauche ; il en existe une à la base de la lnette ; l'ulcération première de l'amygdale n'a pas changé, tandis que celle du palais considérablement augmentée a doublé ; on trouve sept ulcérations sur le voile du palais et la voûte palatine, et une autre au collet de la canine inférieure gauche.

Lundi matin, température 38°4 ; les ulcérations ont envahi toute la bouche, les gencives en sont couvertes, les amygdales, le palais, la partie interne des joues sont prises ; l'ulcération du palais a atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes et a continué à s'étendre pendant deux jours encore, car ce n'est que le mercredi qu'elle a atteint sa dimension maxima, celle d'une pièce de un franc, et cela, malgré les cautérisations avec le mélange phéniqué de Gaucher. Pas une

seule ulcération ne présente une forme régulière, géométrique.

Lundi soir température 39°9 ; le malade va mieux comme douleur lombaire ; il se plaint maintenant de la langue qui est douloureuse, très rouge, augmentée de volume ; l'engorgement ganglionnaire est très développé, les ulcérations sont innombrables, la partie interne des lèvres supérieure et inférieure est prise, tandis que les dents sont des plus sensibles par suite de périostite alvéolo-dentaire.

Mardi matin température 38°7 ; la langue présente çà et là un certain nombre d'ulcérations circulaires ayant le type aphteux, mais pas une irrégulière ; aucun changement des autres ulcérations ; celles qui sont fusionnées, et particulièrement celles du voile du palais sont recouvertes d'une fausse membrane.

Le mardi soir, température 39°2 ; nous comptons sur la langue trente-huit ulcérations aphteuses, et nous remarquons que sur les rares espaces de muqueuse buccale restée saine on rencontre quelques ulcérations franchement circulaires.

Le mercredi matin, température 38° ; les ulcérations n'ont pas envahi de nouvelles régions et semblent stationnaires, le malade va beaucoup mieux ; le soir la température était de 38°2. A partir de ce moment, le malade est entré en convalescence, mais ce n'est que plus d'un mois après le début de la maladie que la bouche avait repris son aspect normal, laissant pendant plusieurs mois une dépression générale du patient ; quant à l'état local, l'ulcération palatine seule a laissé les traces de son emplacement pendant plusieurs mois.

OBSERVATION II

(*Revue internat. d'Odontologie*, 1892).

Hugenschmidt. — *Stomatite ulcéreuse d'origine grippale*

Une jeune femme de 30 ans pendant plusieurs jours avait éprouvé un malaise général, lassitude dans les membres, mal de tête sourd, mouvement fébrile vers le soir ; deux personnes de la même famille étaient en traitement pour une grippe pulmonaire. Six jours après le début de ce malaise, le mardi soir, 21 janvier 1890, elle est prise tout à coup d'un violent mal de tête, fièvre très élevée à 39°6, douleurs lombaires tellement intenses qu'elle ne pouvait se tenir debout.

Le lendemain, mercredi, la malade se plaint de la gorge et d'une sensibilité spéciale des gencives et des dents des deux mâchoires, mais surtout des dents inférieures ; la gorge présente une rougeur diffuse de la luette et des deux amygdales. Le soir on trouve sur les deux amygdales, et à la base de la luette, quatre ulcérations d'une forme irrégulière, étoilée ; les gencives sont boursoufflées, d'une teinte violacée, les dents très sensibles à la pression et à la percussion, les ganglions sous-maxillaires sont très développés et forment une masse énorme absolument similaire à ce que l'on observe chez les diphtéritiques.

Le jeudi matin, la malade se plaint beaucoup de l'engorgement ganglionnaire, qui est très douloureux, ainsi que du mal lombaire ; le mal de tête est devenu sourd, d'aigu qu'il était les jours précédents. Les piliers pharyngiens, les amygdales, le voile du palais, la luette sont recouverts d'ulcéra-

tions irrégulières, les gencives commencent à s'ulcérer au feston gingival. Quelques-unes des ulcérations des amygdales et du voile du palais qui se sont fusionnées sont recouvertes de fausses membranes ; l'haleine est devenue fétide.

Le vendredi matin, les lèvres présentent des ulcérations irrégulières, la langue est gonflée et douloureuse, l'haleine très fétide. Le soir sur la langue nous trouvons onze aphtes ou ulcérations du type aphteux, ainsi que quelques-unes dans la cavité buccale, le lendemain aux lèvres et à la gencive inférieure. Ce jour-là la fièvre avait disparu et les lésions ont cessé de s'étendre, l'agent infectieux étant probablement épuisé ; les ulcérations gingivales et pharyngiennes, l'engorgement ganglionnaire diminuèrent graduellement de volume, mais ce n'est que le vingt-deuxième jour que la dernière ulcération a disparu.

OBSERVATION III

(*Revue de stomatologie*, 1901).

Ferrier. — *Adénite génienne d'origine grippale simulant une affection dentaire.*

Dans les derniers jours de mars 1901 venait à mon cabinet une jeune femme pour un gonflement situé en arrière et au-dessus de la commissure droite, dans l'épaisseur de la joue, mais disposé de telle sorte que son médecin m'avait envoyé cette jeune femme pensant qu'il y avait là une inflammation d'origine dentaire. La tumeur pouvait, en effet, pour quelqu'un d'étranger à la partie, prêter à confusion. C'était un gonflement dur, légèrement douloureux, de la grosseur et

de la forme d'une amande, dont une des extrémités venait presque soulever le repli de la muqueuse au niveau de la racine de la première petite molaire, l'autre extrémité se trouvant au voisinage de la commissure ; la dent était absolument saine et indolore, de même ses deux voisines ; je constatai un état de rougeur anormal de toute la muqueuse buccale, des indurations allongées et légèrement douloureuses de chaque côté de la langue ; je trouvai en outre dans le point symétrique de la tumeur qui amenait ma malade une autre tumeur semblable à la première quoique moins volumineuse et devenue indolore, tumeur qui avait évolué comme celle qu'elle soumettait à mon examen et qui régressait. Enfin la pituitaire était le siège d'un coryza intense, la conjonctive était injectée ; le tout accompagné d'une fièvre depuis trois jours qui ne laissait aucun doute sur l'origine de l'accident. C'était une infection grippale des glandes muqueuses du plancher de la bouche et des ganglions géniens. Peu de jours après toute inflammation avait disparu. Des trois ganglions commissuraux deux sont situés à la face externe de l'artère faciale, entre celle-ci et la veine faciale, le troisième est situé sur la face externe du buccinateur, très près de la commissure des lèvres ; ce troisième ganglion est susceptible de s'enflammer et de persister un certain temps sous forme de nodosité.

OBSERVATION IV

Bacque. — *Polyarthrite alvéolo-dentaire chez un rhumatisant à la suite d'une attaque grippale.* (Congrès de médecine, 1900).

M... D..., 64 ans, rhumatisant, a eu à diverses époques des crises de rhumatisme aigu.

Il est atteint d'une grippe intense en décembre 1899. Pendant la convalescence, crise hépatique légère accompagnée de polyarthrite alvéolo-dentaire très douloureuse. Au bout de quelques jours la douleur se localise sur la première molaire supérieure gauche qui a été aurifiée par mon père il y a plus de dix ans ; la douleur est telle que le patient réclame avec insistance l'extraction de sa dent. Je m'y refuse estimant que l'extraction n'apporterait qu'un faible soulagement, et qu'une fois la crise passée cette dent pourrait rendre d'excellents services. En effet au bout de quelques jours les douleurs disparurent complètement.

Mais il y a une suite à cette observation. Au mois de juin, M. D... part pour Vichy où il va tous les ans. Trois jours après son arrivée, il est pris d'une nouvelle crise de polyarthrite alvéolo-dentaire, crise qui évolue comme celle que j'avais traitée. Comme précédemment la douleur se localise au bout de quelques jours sur la même première molaire supérieure gauche. M. D... se fit arracher cette dent et ne fut pas guéri pour cela. Les douleurs persistèrent pendant quinze jours aussi intenses qu'auparavant. Comme je l'avais pressenti, l'extraction était inutile ; elle n'apporta aucun sou-

lagement et priva M. D... d'une dent qui lui aurait encore rendu de bons services.

OBSERVATION V

Bacque. — *Polyarthrite alvéolo-dentaire ; apparition d'une pyorrhée alvéolaire primitivement guérie.* (Congrès de médecine, Paris, 1900).

M^m de la B..., 60 ans, arthritique a été traitée autrefois, pour une pyorrhée alvéolaire.

Elle eut une forte attaque de grippe au mois de mars 1899. Pendant la convalescence, il survint de la polyarthrite alvéolo-dentaire aux deux maxillaires.

La mastication fut très pénible pendant plusieurs jours. J'ordonnai du sulfate de quinine et des lavages fréquents à l'hydrate de chloral. Après quelques jours de traitement, le côté gauche fut guéri, mais l'affection se localisa sur le côté droit haut et bas, où elle persista près de trois semaines, bien qu'il n'y eut aucune dent cariée. En outre de la polyarthrite, il se produisit de la pyorrhée au niveau de l'incisive centrale supérieure droite. Quelques cautérisations au galvano-cautère selon la méthode de Cruet eurent vite raison de la suppuration.

OBSERVATION VI

Bacque.—*Polyarthrite alvéolo-dentaire chez un rhumatisant à la suite de la grippe.* (Congrès de médecine, 1900. Section de stomatologie).

M. B..., 36 ans, père et mère rhumatisants, a eu à 30 ans une crise de rhumatisme au genou gauche.

Au mois de juin 1899, il eut la grippe, accompagnée de rhumatisme au genou gauche. Lorsque les douleurs rhumatismales eurent disparu, toutes les dents devinrent douloureuses, la muqueuse buccale était rouge, surtout au collet des dents, la mastication était presque impossible ; cet état aigu dura quatre à cinq jours, après quoi la polyarthrite alvéolo-dentaire disparut du côté droit, puis du côté gauche, et finit enfin par se localiser sur la première prémolaire supérieure gauche atteinte de carie pénétrante. J'ordonnai des lavages à l'hydrate de chloral à 1 o/o et de la quinine. Au bout de quelques jours, toute douleur avait disparu et les fonctions étaient rétablies.

OBSERVATION VII

Amoëdo. — *Nécrose d'origine grippale chez un malade atteint de pyorrhée alvéolo-dentaire.* (Revue odontologique, 1905).

M. N..., du Chili, 50 ans, robuste, très bien constitué ; pas de maladie sérieuse ; en 1892, il contracta la syphilis ; il suivit le traitement anti-spécifique (injections de calomel)

pendant quatre périodes d'un mois la première année, Ce traitement a été suivi depuis avec des intervalles de un à deux ans ; il n'a jamais eu de complications du côté de la bouche, ni ailleurs.

L'année dernière il remarquait qu'en pressant avec le doigt il faisait sourdre une gouttelette de pus au cul-de-sac gingival de l'incisive latérale et de la première grosse molaire supérieure gauche. Pour la première fois il réclame les soins d'un dentiste.

Vers la fin de juillet 1904, étant à Stockholm, il fut atteint d'une forte grippe et eut à la suite la joue gauche gonflée ; à partir de ce moment il commença à souffrir de sa première grosse molaire, qui devenait de plus en plus mobile et gênante pour la mastication ; il se la fit extraire à Genève.

Le dentiste constata une ostéite des parois alvéolaires et institua des lavages à l'eau oxygénée et au permanganate de potasse.

Le malade me fut ensuite adressé le 7 septembre dernier.

A l'examen de la bouche, on observe une bonne dentition ; toutes les dents sont en place, sauf la première molaire supérieure gauche ; peu de tartre au collet des dents ; les seize dents inférieures sont saines, ainsi que les festons inter-dentaires et les rebords alvéolaires. Au maxillaire supérieur les dents sont aussi en bon état, sauf les suivantes : l'incisive latérale gauche, dont la gencive suppure du côté labial à la pression digitale ; la sonde introduite entre la dent et la gencive touche la crête alvéolaire dénudée ; la première grosse molaire droite présente également de la suppuration du côté jugal, les deux racines sont décollées

de ce côté jusqu'à l'apex. Du côté gauche la deuxième bicuspide est très branlante.

A la place de la première molaire gauche extraite, il y a deux points de suppuration ; la sonde rencontre des séquestres mobiles.

Intervention. — Anesthésie locale à la cocaïne, incision, extraction des séquestres dont le plus volumineux mesure 15 millimètres sur 12 et comporte les parois alvéolaires des racines de la première grosse molaire.

Du côté de la molaire droite, je pratiquai l'intervention suivante : je fis une incision sur la gencive allant jusqu'à l'apex des racines, afin de faire un raclage complet de leur surface. Je plaçai ensuite un tampon d'acide lactique contre les bords déchiquetés de l'alvéole afin de les décalcifier.

Je trépanai ensuite la dent par la face triturante et je trouvai la pulpe mortifiée quoique non putréfiée, j'appliquai un pansement iodoformé et j'obturai à la gutta.

OBSERVATION VIII

Chompret. — *Nécrose d'origine grippale au niveau de l'os incisif.* (Revue de stomatologie, 1902).

M^{lle} Geneviève V..., âgée de 15 ans, nous est adressée en novembre dernier par notre confrère le Dr Robin-Macé dans notre service à l'hôpital Péan.

Elle nous rapporte que son père est mort de phtisie pulmonaire et sa mère d'une tumeur cancéreuse de la jambe. De ses quatorze frères huit sont encore bien portants et six sont morts dans la première jeunesse ; sauf la varicelle, dont

elle porte quelques traces sur le ventre, elle ne se rappelle pas avoir été malade ; elle est fort bien réglée depuis deux ans.

En mars 1901 elle eut un violent accès de grippe avec fièvre, céphalée, toux, qui nécessita son séjour à la chambre pendant dix jours. Durant sa convalescence, la malade vit survenir subitement, sans choc, sans douleur dentaire, sans cause apparente, un œdème considérable de la lèvre supérieure et de la face dans la région du pli naso-labial avec tuméfaction de la gencive au-dessus de la région incisive droite ; un abcès se collecta en peu de jours et vint s'ouvrir spontanément dans la région apicale de l'incisive centrale supérieure droite. Quinze jours plus tard apparut une deuxième fistule au-dessus de l'incisive latérale droite ; les dents légèrement sensibles ne paraissent pas ébranlées. Peu à peu l'œdème de la joue et de la lèvre diminua sans jamais disparaître complètement, une suppuration continue s'écoula dans le sillon gingivo-labial. Au mois d'août notre malade eut une angine ulcéreuse assez grave, il se forma un abcès dans le palais, en arrière des incisives droites. Cet abcès douloureux prit un développement considérable, empêchant la mastication, la déglutition et l'occlusion de la bouche. Etat fébrile et adynamique très accusé.

Pour comprendre la proportion que prit l'affection, il faut savoir que cette pauvre orpheline recueillie dans une communauté ne reçut pour ainsi dire aucun soin médical, et c'est ainsi qu'avec deux fistules s'ouvrant en dedans et en dehors de l'arcade dentaire, elle vécut jusqu'au jour où notre confrère Robin-Macé, consulté pour un ganglion de l'aisselle gauche, qui datait déjà du mois de mai, nous adressa cette jeune fille.

Lorsqu'elle se présenta à nous elle était atteinte d'un œdème léger et diffus de toute la partie droite de la face. La mastication n'est pas douloureuse, pas de ganglions. Les dents sont toutes en bon état et s'articulent fort bien. La percussion n'est pas douloureuse, il y a conservation intacte des sensations thermiques, même dans la région malade. Les deux incisives droites sont légèrement ébranlées ; l'inflammation est cantonnée à la portion antérieure droite du maxillaire supérieur, elle semble même avoir respecté la gencive en contact avec les incisives. A un centimètre et demi au-dessus du collet de ces dents, au milieu d'une tuméfaction violacée s'ouvre un pertuis d'où s'écoule un liquide purulent noirâtre d'odeur infecte. Nous ne trouvons aucun ganglion enflammé dans le voisinage des maxillaires, toutefois, il y a quinze jours, il est survenu dans la région carotidienne gauche deux petits ganglions dont le plus proche du maxillaire est assez douloureux.

Si au niveau des incisives on promène un stylet on rencontre une surface nécrosée qui paraît remonter jusqu'à l'épine nasale antérieure et s'arrête en bas à une ligne qui suivrait l'apex des dents.

A 1 centimètre en arrière du collet des incisives latérale et canine droites, il existe dans le palais une tuméfaction de la forme et du volume d'une amande, avec fistule centrale donnant issue à du pus de même nature que celui dont nous avons parlé ; en la suivant on arrive sur une surface osseuse plus ferme et moins rugueuse. Ces explorations sont douloureuses ; l'examen du nez n'a rien d'anormal.

Diagnostic. — Nécrose partielle du maxillaire supérieur avec séquestre ayant tendance à l'élimination.

Une incision pratiquée au niveau de la fistule antérieure donna-issue à du pus. Deux jours plus tard, notre ami, le Dr Delaunay, enleva, sous chloroforme, à la curette une partie de l'os nécrosé, respectant les alvéoles et par conséquent les dents. Aujourd'hui l'œdème facial a disparu complètement, et si l'on vient à soulever entièrement la lèvre supérieure de la malade, dents et gencives paraissent normales. A 8 millimètres au-dessus du collet des incisives droites apparaissent sur un fond rouge bourgeonnant les racines dénudées de ces deux dents, et dans un second plan, plus haut, par la plaie béante et suppurante on aperçoit de l'os gris noirâtre, spongieux, nécrosé. Le séquestre n'est pas encore mobile, mais il ne saurait tarder à l'être. Une nouvelle fistule s'est ouverte dans le nez et donne lieu à un écoulement purulent de même nature que celui signalé plus haut.

OBSERVATION IX

Leger-Dorez. — *Odontalgie d'origine grippale, simulant une affection dentaire.* (*Archives de stomatologie*, 1900).

Le 6 septembre M^{me} V... vint me trouver se plaignant de douleurs des plus intenses au niveau des petites molaires supérieures du côté droit ; cette dame demande l'extraction à tout prix de ses petites molaires.

Ces dernières examinées avec le plus grand soin ne présentent aucun signe d'altération ; il n'y a pas de carie à leur niveau ; elles ne présentent pas d'ébranlement, couleur normale à l'éclairage électrique, pas de douleur à la percus-

sion. Seul le doigt appliqué sur la gencive légèrement rouge perçoit une légère pulsation ; néanmoins aucun gonflement n'est perceptible sur la gencive ; je fis successivement des applications de teinture d'iode, des pointes de feu ; cautérisations à l'acide chromique ; rien n'y fit. Seule l'antipyrine à hautes doses réussit à calmer au bout de cinq jours les douleurs qui n'ont pas reparu.

OBSERVATION X

(Leger-Dorez, *Idem*).

Le 11 septembre, M. L..., 43 ans, vint nous trouver se plaignant de douleurs irradiées, à répétition, le prenant régulièrement le soir vers 5 heures pour ne cesser que dans la nuit ; cette douleur se manifeste au niveau de la deuxième grosse molaire supérieure gauche ; à l'inspection, les dents sont en bon état ; les dents de sagesse sont normales, aucun diagnostic ne peut être fait d'après les signes extérieurs ; seule la gencive présente une rougeur très peu accentuée, partant du collet de la molaire pour diffuser vers les racines ; cette malade relève d'une infection grippale de sept semaines de durée : je lui ordonnai à prendre de l'antipyrine à haute dose ; le traitement dura dix jours ; depuis toute douleur a disparu.

OBSERVATION XI

(Leger-Dorez, *Idem*).

Deux membres d'une même famille se plaignent à moi de souffrir chacun horriblement d'une douleur intense dans

tout le côté gauche de la mâchoire supérieure ; à l'un j'extirpe une petite racine et la deuxième petite molaire supérieure complètement branlante ; à l'autre j'extirpe un fragment de dent de sagesse ; ni l'un ni l'autre ne furent soulagés. Ils reviennent trois jours après souffrant encore plus et demandant de leur extraire à l'un la grosse molaire, à l'autre la petite molaire ; j'appris, en les interrogeant, qu'ils avaient eu une attaque de grippe oculo-naso-pharyngienne. Je leur ordonnai du salicylate de soude à fortes doses ; la guérison fut obtenue en vingt-quatre heures.

OBSERVATION XII

(Leger-Dorez. *Idem*).

Le 23 octobre M^{me} T..., 28 ans, employée de commerce m'était adressée ; elle s'était fait extraire il y avait sept jours une grosse molaire parfaitement saine (qu'elle me montra) à la suite de violentes rages de dents ; et depuis ce jour elle n'avait pu prendre le moindre repos ; elle me demanda l'extraction de la deuxième petite molaire supérieure droite ; je refusai attribuant cette douleur aux suites de l'extraction.

Cependant son état d'anémie attira mon attention ; j'appris que deux mois auparavant elle avait été prise d'un violent coryza, toux, violente douleur de tête, etc., et d'une violente inflammation de gencives au niveau des dents incriminées ; persuadée que ses dents étaient seules coupables, elle s'était fait extraire la première molaire parfaitement saine ; depuis, les douleurs n'avaient plus cessé et s'étaient manifestées plus violentes au niveau de la deuxième petite molaire.

J'ordonnai comme traitement le salicylate de soude et les douleurs cessèrent au bout de sept heures pour ne plus reparaitre.

OBSERVATION XIII

M. Blatter. — *Odontalgie d'origine grippale, simulant une affection dentaire. (L'Odontologie 1905).*

J'ai reçu cet hiver la visite d'un confrère qui souffrait d'odontalgie au maxillaire supérieur gauche. Mon confrère localisait assez mal le siège de la douleur ; il me fit observer qu'il était en pleine évolution de grippe avec rhinorrhée verdâtre.

J'examinai les trois molaires supérieures gauches, elles étaient toutes sensibles à la percussion ; la muqueuse gingivo-buccale était légèrement hyperhémée. Sa molaire de douze ans présentait une arthrite alvéolo-dentaire plus accusée que celle des deux dents voisines. Cette dent obturée à l'amalgame présentait une coloration grisâtre ; je crus à une mortification pulpaire. Je pratiquai la désobturation ; je constatai alors une sensibilité des plus marquées avec réaction de l'organe central contre les agents thermiques. Je fis une obturation à la gutta ; tout rentra dans l'ordre. A partir de ce jour mon confrère me déclara n'avoir plus ressenti aucune douleur de cette région.

OBSERVATION XIV

M. Sauvez. — *Odontalgie simulant une lésion dentaire.*

Je fus appelé auprès d'une malade atteinte de grippe et alitée ; elle souffrait d'une violente douleur dentaire au niveau du maxillaire droit.

Je constatai la présence d'un bridge parfaitement construit. Il manquait une deuxième grosse molaire et une deuxième petite molaire ; il restait donc la dent de sagesse, la première grosse molaire et la première petite molaire. Le dentiste avait fait une couronne sur la dent de sagesse, une deuxième sur la première grosse molaire, enfin une troisième sur la première petite molaire, un pont réunissait ces trois arches. Le malade accusait de fortes douleurs au niveau de la dent de sagesse, surtout à la percussion. La première grosse molaire était également sensible à la percussion. Ma première intention fut d'enlever le bridge, pensant à l'infection radiculaire de la dent de sagesse. Mais après examen très minutieux de toute la région, je conclus, étant donné que la malade était en pleine période de grippe, qu'elle devait faire de la sinusite grippale. Afin d'établir un diagnostic ferme, je pratiquai avec le tour un pertuis explorateur de la dent de sagesse ; je pus constater une sensibilité dentinaire très nette à la sonde et au froid. Ainsi j'avais la certitude que la dent de sagesse était saine et exempte d'infection. Quinze jours après cette petite intervention, j'aurifiai la dent, qui n'offrait plus aucun signe d'arthrite alvéolo-dentaire. Les douleurs avaient cessé.

OBSERVATION XV

Chompret. — *Mortification de la pulpe d'origine interne chez une personne atteinte de grippe (Revue de stomatologie, 1901).*

M^{lle} X..., 18 ans, couturière, sans antécédents pathologiques, vient à la consultation de Saint-Louis le 16 février 1901, se plaignant de douleurs très vives au niveau d'une petite molaire inférieure gauche ; cet état datait de huit jours ; mais la malade n'avait pu venir nous consulter, étant retenue à la chambre par un malaise remontant aux premiers jours de ce mois ; elle avait eu de la fièvre, des frissons, une violente céphalée, des douleurs dans les membres, une courbature générale, de l'inappétence, du coryza, en un mot la grippe ; aujourd'hui il ne reste qu'une faiblesse considérable et la douleur dentaire survenue brusquement il y a une semaine.

A l'examen de la bouche, on observe les gencives enflammées ; une carie de la deuxième petite molaire inférieure gauche du premier degré ; cette dent est très sensible à la percussion et semble allongée ; le chaud exaspère la douleur qui est sourde et continue ; la première grosse molaire avait été extraite trois ans auparavant. En somme on a là tous les symptômes de périostite dans une dent ne paraissant pas présenter de carie infectieuse. Pas de lésion visible du ligament alvéolo-dentaire ; pas de choc, aucune intoxication générale ; un léger dépôt de tartre qui ne pénètre pas sous la gencive ; on fit l'extraction de la dent ; il n'y a pas de lésion cémentaire ; le ligament est fortement injecté ; à l'ouverture

de la cavité pulpaire, on observe que la pulpe est brune, mortifiée et ne présente pas d'odeur appréciable ; pas de production secondaire de la dentine, par conséquent la carie du premier degré n'avait pas influencé la pulpe, nous étions bien en présence d'accidents d'origine interne.

OBSERVATION XVI

Chompret. — *Mortification de la pulpe d'origine interne chez une femme atteinte de grippe. (Idem).*

M^{me} L..., âgée de 45 ans environ, arthritique, vient nous trouver le 25 avril se plaignant de douleurs très violentes dans toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, avec irradiations vers l'oreille.

Les petites et grosses molaires de cette région ont été soignées ; la percussion, le chaud et le froid ne les influencent pas ; la canine voisine réagit violemment à la chaleur alors que le froid lui est indifférent ; cette dent ne présente aucune carie ; la gencive est légèrement enflammée à son niveau ; le ligament aussi, car les chocs sont douloureux ; cet état morbide est survenu avant-hier chez M^{me} L..., qui n'était pas sortie depuis huit jours, retenue à la chambre par une grippe à forme bronchique.

Je trépanai la dent incriminée ; et je vis que la pulpe était mortifiée, insensible, saignant à peine, inodore ; j'en fis l'extraction. Je plaçai dans le canal dentaire un pansement à la créosote et au formol, et obturai à la gutta ; la malade dormit bien la nuit suivante ; elle fut soulagée ; l'inflammation a disparu et j'ai pu terminer l'obturation de cette canine.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Mortification pulpaire d'origine interne.

M^{lle} C..., couturière, 23 ans, vient nous consulter au commencement du mois de février dernier. Elle se plaint de vives douleurs localisées au niveau de la première prémolaire inférieure droite; ces douleurs s'irradient vers l'oreille et cela depuis cinq jours ne lui laissant aucun repos.

A l'interrogatoire de la malade, celle-ci nous apprend qu'elle relève d'une grippe à forme pulmonaire (elle a encore de la rhinorrhée) qui l'a retenue jusqu'à ce jour chez elle.

A l'examen de la bouche nous relevons de légers dépôts de tartre au niveau de plusieurs dents, entre autres au niveau de la première prémolaire inférieure droite incriminée.

Le dépôt de tartre ne pénètre pas sous la gencive. Celle-ci est légèrement congestionnée. A la percussion seule cette dernière est douloureuse; aux impressions thermiques, la dent réagit vivement à la chaleur.

Quoique sa teinte paraisse normale, nous trépanons la dent, pensant à une pulpite aiguë; nous tombons sur une pulpe présentant l'aspect d'une bouillie noirâtre où il serait difficile de reconnaître les éléments pulpaire.

Intervention: Désinfection du canal radiculaire au formol; pansement iodoformé et obturation provisoire à la gutta.

Quinze jours après la malade revint pour l'obturation

définitive de la dent. Elle nous déclara que depuis le jour de l'intervention, elle n'avait plus souffert.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

Mortification pulpaire d'origine interne.

M^{lle} B. ., 24 ans, blanchisseuse, vient à la consultation en mars 1905, se plaignant de violentes douleurs au niveau de la deuxième prémolaire supérieure gauche, douleurs irradiées dans tout ce côté de la mâchoire supérieure.

Ces douleurs ont débuté quatre jours auparavant et depuis elles n'ont pas cessé.

La malade est affaiblie, elle nous déclare qu'elle vient d'avoir une atteinte de grippe, dont elle n'est pas entièrement guérie.

Procédant à l'examen de la bouche, on ne constate aucune lésion appréciable de la muqueuse, si ce n'est qu'au niveau de la deuxième prémolaire supérieure gauche, elle est légèrement enflammée ; l'espace laissé libre par la dent de six ans de ce côté est en partie comblée par la dent de douze ans.

A la percussion on réveille une vive douleur au niveau de la prémolaire pour laquelle notre malade vient nous trouver. Vive réaction thermique à la chaleur. Un examen attentif nous fait remarquer une légère coloration grisâtre de la dent qui tranche sur celle de sa voisine. La dent n'a pas supporté de choc violent ; nous diagnostiquons en présence de ces différents signes une infection de la pulpe qui se serait produite à la faveur d'une fissure imperceptible de l'émail, avec périostite.

Nous trépanons la dent.

A l'ouverture de la chambre pulpaire nous tombons sur une pulpe brunâtre, désorganisée absolument insensible et inodore.

Asepsie du canal avec des mèches formolées. Un pansement iodoformé provisoire est placé dans le canal de la dent que nous obturons à la gutta.

Dix jours après, la malade vient à nouveau nous trouver et nous terminons définitivement l'obturation de la dent par un ciment.

La malade nous fit part, du reste, qu'elle n'avait pas souffert depuis notre première intervention.

CONCLUSIONS

La grippe fait sentir son action sur la cavité buccale pendant son évolution et durant sa convalescence.

I. — Les stomatites sont fréquentes, on observe :

a) Une gingivite simple, érythémateuse, s'accompagnant de périodontite alvéolaire légère ; elle apparaît généralement au début de la grippe et ne dure guère que trois à quatre jours ;

b) Une stomatite à forme ulcéreuse, rappelant par ses caractères la stomatite ulcéro-membraneuse ;

c) Une stomatite du type aphteux, évoluant pendant la maladie ou sa convalescence ; elle n'a pas la gravité de la précédente ; il est à remarquer que les ulcérations persistent plus longtemps au niveau des dents cariées.

II. — a) On observe du côté de l'articulation alvéolo-dentaire une polyarthrite généralisée, n'ayant pas de tendance à la suppuration, si la cavité buccale ne présente pas de dents atteintes de caries pénétrantes.

Les arthritiques sont plus sujets que les autres à cette complication ; elle persiste chez eux plus longtemps.

b) La grippe aggrave la pyorrhée alvéolo-dentaire (maladie de Fauchard), elle en accélère la marche, elle peut même réveiller cette affection chez des individus qui en auraient été atteints auparavant ;

c) La grippe est une cause de nécrose des maxillaires.

III. — A côté des névralgies faciales sans limitation particulière, il existe une forme odontalgique caractérisée « uniquement » par le siège de la douleur au niveau des petites et des grosses molaires supérieures. Sans doute il faut l'attribuer à une sinusite concomitante.

En présence du caractère local de la douleur on est porté à l'attribuer à une lésion dentaire et à pratiquer des interventions inopportunes ; aussi dans ces cas devra-t-on interroger le malade au sujet d'une grippe récente ; ici le traitement dentaire n'amènerait aucun soulagement ; le sulfate de quinine est le médicament de choix.

IV. — La gangrène de la pulpe par voie sanguine n'est pas une simple vue de l'esprit, elle doit prendre place dans le domaine clinique.

Etant donnée l'action dépressive de la grippe sur la tension artérielle, l'altération qu'elle provoque sur les éléments figurés du sang, le ralentissement physiologique de la circulation au niveau de la cavité pulpaire, la thrombose nous a paru ici la cause la plus rationnelle pour expliquer l'obstruction du rameau pulpaire.

Vu : le Président de la thèse,

BROUARDEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AMOËDO. — Odontologie 1905. Nécrose d'origine grippale du maxillaire supérieur chez un syphilitique
Thèse de Paris 1898.
- BACQUE. — Congrès de médecine 1900. Section de stomatologie.
- BLATTER. — Revue odontologique, 1905.
- BRIONNE. — Thèse de Paris, 1889-1890. Formes nerveuses de la grippe et ses complications.
- CHOMPRET. — Grippe dentaire. Revue de stomatologie, 1901.
Nécrose d'origine grippale. Revue de stomatologie, 1902.
- CRUET. — Hygiène et thérapeutique dentaires.
- DUBOIS. — Aide-mémoire du chirurgien-dentiste.
Odontologie, 1890.
- DIÉMER. — Thèse de Paris, 1900-1901. Polynévrites grippales.
- FERRIER. — Revue de stomatologie, 1901. Manifestations buccales de la grippe simulant une odontopathie.
- GAUCHER. — Société médicale des hôpitaux, 1890. Névralgie du trijumeau post-grippale. Semaine médicale, 1890.
- GODON. — Leçons cliniques sur les maladies de la pulpe. Odontologie, 1886.
- GUBLER. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. : Grippe.
- GUILLERMIN. — Revue trimestrielle suisse d'Odontologie, 1839.

HUGENSCHMIDT. — Complications bucco-dentaires d'origine grippale. Revue internationale d'Odontologie, 1892.
Thèse de Paris, 1895-1896.

LECAUDEY. — Odontologie, 1890.

LEGER-DOREZ. — Archives de stomatologie, 1901.

LEHMANN. — Thèse de Paris, 1900-1901. Névralgies grippales.

MENDEL-JOSEPH. — Revue internationale d'Odontologie, 1896.

NETTER. — Traité de Médecine. Brouardel et Gilbert, article :
Grippe.

RICHTER. — Dental Cosmos, novembre 1891. Quelques conséquences buccales de l'influenza.

RITTER. — Zahnärztliches Wochenblatt, 1891. Contribution à l'étude des maladies de la bouche et des dents dans l'influenza.

ROY. — L'Odontologie, 1905. Odontalgie d'origine grippale.

SAUVEZ. — Revue odontologique, 1905.

SIFFRE. — Communication à la Société de stomatologie, août 1903. Propagation interalvéolaire des abcès dentaires.

VERNEUIL. — Bulletin de l'Académie de médecine, août 1890.
De la grippe et de ses rapports avec la Chirurgie.

WIDAL. — Traité de Médecine Bouchard et Brissaud. Article :
Grippe.